

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1896

N°

139

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 5 février 1896, à 1 heure

Par MICHAÏL BURNEFF

Né à Varna (Bulgarie) le 21 janvier 1867

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

PNEUMONIES ALCOOLIQUES

TRAITÉES PAR LES

INJECTIONS DE STRYCHNINE

Président : M. STRAUS, professeur.

*Juges : MM | FOURNIER, professeur.
| GAUCHER, WURTZ, agrégés.*

*Le Candidat répondra, en outre, aux questions qui lui seront faites
sur les diverses parties de l'enseignement médical.*

PARIS

HENRI JOUVE

IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, Rue Racine, 15

1896



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41553824_0084

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1896

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 5 février 1896, à 1 heure

Par MICHAÏL BURNEFF

Né à Varna (Bulgarie) le 21 janvier 1867

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

PNEUMONIES ALCOOLIQUES

TRAITÉES PAR LES

INJECTIONS DE STRYCHNINE

Président : M. STRAUS, professeur.

*Juges : MM. { FOURNIER, professeur.
GAUCHER, WURTZ, agrégés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical

PARIS

HENRI JOUVE

IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, Rue Racine, 1

1896

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen.	M. BROUARDEL.
Professeurs	MM.
Anatomie	FARABEUF.
Physiologie	CH. RICHEL.
Physique médicale.	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.	N.
Pathologie et thérapeutique générales.	BOUCHARD.
Pathologie médicale.	DIEULAFOY.
Pathologie chirurgicale.	DEBOVE.
Anatomie pathologique	LANNELONGUE.
Histologie.	CORNIL.
Opérations et appareils.	MATHIAS DUVAL.
Pharmacologie.	TERRIER.
Thérapeutique et matière médicale.	POUCHET.
Hygiène.	LANDOUZY.
Médecine légale.	PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	BROUARDEL.
Pathologie comparée et expérimentale.	LABOULBÈNE.
	STRAUS.
Clinique médicale.	G. SEE.
	POTAIN.
	JACCOUD.
	HAYEM.
	GRANCHER.
Maladie des enfants.	JOFFROY.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	FOURNIER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	RAYMOND.
Clinique des maladies du système nerveux.	TILLAUX.
Clinique chirurgicale.	BERGER.
	DUPLAY.
	LE DENTU.
Clinique des maladies des voies urinaires.	GUYON.
Clinique ophthalmologique.	PANAS.
Clinique d'accouchements.	TARNIER.
	PINARD.

Professeurs honoraires.

MM. SAPPEY, PAJOT.

Agrégés en exercice.

MM.			
ACHARD	GAUCHER	MARIE	SEBILEAU
ALBARRAN	GILBERT	MÉNÉTRIER	THIERRY
ANDRE	GILLES DE LA	NELATON	THOINOT
BAR	TOURETTE	NETTER.	TUFFIER
BONNAIRE	GLEY	POIRIER, chef des	VARNIER
BROCA	HARTMANN	travaux anatomi-	WAETHER
CHANTEMESSE	HEIM	ques.	WEISS
CHARRIN	LEJARS	BETTERER	WIDAL
CHASSEVANT	LETULLE	RICARD	WURTZ
DELBET	MARFAN	ROGER	

Secrétaire de la Faculté: M. Ch. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS

Faible témoignage de reconnaissance filiale.

A MON CHER MAÎTRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR STRAUS

Professeur de Pathologie expérimentale
et comparée à la Faculté de médecine
Membre de l'Académie de médecine
Médecin de l'Hôtel-Dieu

CONTRIBUTION A L'ETUDE
DES
PNEUMONIES ALCOOLIQUES
TRAITÉES PAR LES
INJECTIONS DE STRYCHNINE

INTRODUCTION

Dans le cours de nos études médicales nous avons pu recueillir dans les services hospitaliers que nous avons fréquentés un certain nombre d'observations de pneumonie.

Bien que ce sujet soit dès longtemps connu, il ne laisse pas que de présenter de nombreux côtés intéressants et cela pour plusieurs raisons faciles à saisir.

La pneumonie est une affection commune, qui intéresse particulièrement le praticien appelé à la traiter souvent aussi bien dans les villes qu'à la campagne. Cette entité morbide revêt d'ailleurs des formes nombreuses qui ont créé dans la nosographie autant de variétés différentes,

tant par la façon dont réagit le sujet qui en est atteint que par les manifestations locales de l'infection pneumonique, et le degré de virulence de l'agent pathogène.

Toutefois ces diverses formes n'ont rien détruit de l'unité de la pneumonie, toutes sont reliées par un élément capital que nous devons aux progrès de la bactériologie, c'est l'agent pathogène, *le pneumocoque de Fränkel*. Ainsi donc toute pneumonie est due au pneumocoque et les variétés d'évolution seront seulement sous la dépendance de l'état général du sujet, du degré d'infection et de la localisation elle-même.

Ici nous assistons à une pneumonie franche, telle que les auteurs la décrivent comme type morbide, c'est qu'elle évoluera sur un terrain normal troublé seulement par l'action nocive du microbe. Là nous verrons la maladie revêtir des caractères spéciaux, parce qu'elle frappe un organisme taré, parce qu'elle atteint un diabétique ou un alcoolique, parce qu'elle survient comme épiphénomène au cours d'une maladie grave. Dans d'autres cas l'âge du sujet pourra modifier l'aspect clinique, et la pneumonie de l'enfant et de l'adulte ne ressemblera pas à la pneumonie du vieillard; enfin l'infection pneumococcique pourra se localiser au sommet, à la base ou au centre du poumon. Elle peut n'atteindre qu'un des organes de la respiration ou frapper les deux; elle peut être limitée en un point ou envahir d'emblée tout l'organe, c'est alors la pneumonie massive. Bien plus, l'élément pathogène peut gagner les organes voisins et même se généraliser, donnant naissance à des complications de la pneumonie, parfois même des affections graves à l'occa-

sion d'une pneumonie bénigne en apparence. Tels sont, par exemple, les cas de pleurésies métapneumoniques ; telles sont les méningites à pneumocoque (1), la péricardite, l'endocardite ulcéreuse, l'arthrite suppurée (Jacoud) (2), l'otite suppurée (3).

Si les formes de la pneumonie sont nombreuses, les tentatives thérapeutiques dirigées contre elles ne sont pas moins multipliées. Mais nous n'avons pas ici à énumérer les divers traitements préconisés contre cette maladie. Nous nous bornerons, dans cette étude, à rappeler les influences réciproques de l'alcoolisme sur l'évolution de la pneumonie, et de cette dernière sur l'intoxication alcoolique ; l'une modifiant l'organisme tout entier et le conduisant à réagir d'une façon particulière à l'infection locale ; l'autre agissant comme cause occasionnelle pour faire éclater des accidents comme le *delirium tremens*.

Nous passerons en revue les traitements proposés contre ces formes particulières et nous nous attacherons surtout à l'étude des injections sous-cutanées de strychnine dont nous avons eu la possibilité de constater les bons effets.

Mais avant de commencer notre travail, qu'il nous soit permis d'exprimer toute notre reconnaissance à nos maîtres de la Faculté et des hôpitaux : MM. Potain, Tillaux,

1. Netter. *Arch. de médecine*, 1887.

2. Perlis. Thèse de Paris 1887.

3. Netter. *Recherches bactériologiques sur les otites moyennes aiguës. Mal. de l'oreille et du larynx.*, 1883.

Dieulafoy, Le Dentu, Pinard, Rendu, Fernet, Sevestre,
Quénu.

Que M. le professeur *Straus* veuille bien recevoir l'expression de notre profonde gratitude pour l'honneur qu'il nous fait en acceptant la présidence de notre thèse.

RAPPORTS ENTRE LA PNEUMONIE ET L'ALCOOLISME

La marche spéciale que revêt la pneumonie, son tableau clinique particulier chez les sujets alcooliques, n'ont rien qui puisse nous surprendre. Une maladie n'est-elle pas caractérisée, à la fois, par l'action de l'agent pathogène et par le mode de réaction de l'organisme contre lui ?

On sait combien profondes sont les modifications nutritives produites par l'abus de l'alcool ; toutes les fonctions, tous les organes sont plus ou moins altérés et l'individu devenu alcoolique ne se comportera pas dans les divers états morbides comme un sujet sobre. Il aura sa réaction spéciale et caractéristique.

Sans vouloir discuter ici le rôle de l'alcool dans l'économie, qu'on le considère avec Liebig comme un aliment de respiration dont l'ingestion dispense du sucre et des amylacés, ou qu'avec Lallemand, Perrin et Duroy, on lui refuse ce titre, on peut dire que, pris à faible dose, il est un modificateur du système nerveux agissant comme excitant et qu'à doses élevées il agit comme stupéfiant.

Les expériences physiologiques sur son élimination ont d'ailleurs prouvé qu'il séjourne longtemps dans l'organisme, lequel ne s'en débarrasse que lentement et ce fait permet de se rendre compte de l'action des petites doses répétées. C'est donc par une sorte d'accumulation que l'alcool déterminera des accidents chez les sujets qui s'y adonnent d'une façon habituelle sans aller cependant jusqu'à l'ébriété. Il est logique de voir chez eux des troubles généralement plus graves et des modifications plus profondes que chez ceux qui s'enivrent à des intervalles éloignés, séparés par des périodes de sobriété plus ou moins longues.

Lorsque le pneumocoque évolue sur un terrain taré par l'alcoolisme, la réaction de celui-ci se trouve donc modifiée et l'on assiste à des accidents spéciaux qui donnent à l'affection l'allure particulière de la pneumonie alcoolique.

Cette forme, qui présente d'ailleurs des variétés individuelles, rentre dans la catégorie des pneumonies asthéniques que l'on oppose à la pneumonie franche, inflammatoire ou sthénique. Ces pneumonies asthéniques, successivement qualifiées par les auteurs de « pestilentiellles, nerveuses, putrides, ataxiques, adynamiques, malignes, » etc., ont été bien vues par Grisolle, Leichtenstern et tant d'autres.

Magnus Huss en a magistralement tracé le tableau clinique, aussi n'en donnerons-nous pas une description complète et détaillée : nous allons nous borner à en relever rapidement les principaux caractères.

Le début peut prendre deux allures tout à fait différen-

tes. Tantôt il est brusque et soudain, le malade est pris tout à coup d'un frisson violent et prolongé, et il ressent une douleur aiguë dans un côté de la poitrine. Ce point de côté est souvent assez étendu. Le visage devient rouge et injecté, l'œil brillant, la température monte très haut, à 40° et au-dessus, et s'y maintient presque sans rémission.

L'agitation apparaît avec la loquacité, précédant de très près les hallucinations de la vue et de l'ouïe. Les malades très oppressés sont dans un état de vive anxiété.

Tantôt au contraire, et c'est peut-être le cas le plus fréquent, comme le remarque Grisolle, le début n'a pas sa soudaineté accoutumée ; il est marqué par quelques symptômes prodromiques qui peuvent durer jusqu'à quatre et six jours.

Le sujet ressent une sorte de malaise général mal défini. Il se plaint de maux de tête et surtout d'un état de lassitude très marqué, avec anéantissement des forces. Le grand frisson du début fait défaut ; il est remplacé par de petits frissonnements successifs, sur l'apparition desquels le malade ne sait rien préciser et ce début exact de la pneumonie devient très difficile, sinon impossible à fixer. La température s'élève moins haut que dans la pneumonie franche, mais elle persiste au même point pendant longtemps. Ici il y a d'ordinaire beaucoup moins d'agitation, du moins au début, et le visage est empreint d'une expression de parfaite indifférence, d'hébétude : Le sujet paraît fortement déprimé et abattu ; il accuse plutôt des douleurs vagues qu'un point de côté bien net et parfois même ne se plaint pas du tout.

La pneumonie continue ensuite son évolution avec une

allure ataxique ou adynamique suivant que l'agitation ou la prostration dominant le tableau clinique.

Mais ce ne sont là que deux formes extrêmes, deux types pour ainsi dire, entre lesquels il y a place pour une multitude de degrés.

Les phénomènes ataxiques et adynamiques peuvent se succéder, s'entremêler même et modifier l'aspect de la maladie.

Quoiqu'il en soit on remarque certains symptômes qui sont à peu près constants dans les pneumonies des buveurs. D'une part, ce sont des troubles moteurs, de l'autre, le délire qui est caractéristique.

Les troubles moteurs consistent dans l'agitation et le tremblement.

L'agitation peut être dans certains cas très vive avec tendance continuelle aux mouvements.

Les malades veulent se lever, marcher ; en proie au délire, que nous verrons tout à l'heure, ils veulent se mettre en mouvement, sont continuellement occupés de réaliser un travail, ou bien, ils veulent fuir des ennemis imaginaires ou encore aider simplement leurs compagnons de travail, les diriger, en un mot, à côté des conceptions délirantes qui se traduisent, au dehors, par un délire de parole, il existe un délire d'action en rapport avec ce dernier. Dans cette agitation incessante, les malades ont des mouvements brusques et hâtifs, violents même, car ils sont souvent servis par des muscles très développés, aussi a-t-on beaucoup de peine à les maintenir en place et doit-on avoir recours, en plus d'un cas, à la camisole de force.

C'est une agitation fébrile dans laquelle les mouvements sont désordonnés et mal assurés. En même temps on peut constater du tremblement des membres supérieurs, des mains, des doigts, qui sans entraver la direction du mouvement lui donne une allure mal assurée et comme ataxique.

La loquacité des alcooliques n'est jamais plus manifeste que quand ils font une pneumonie. Les paroles se précipitant sur leurs lèvres en rapport avec leurs idées délirantes et leurs hallucinations ; mais pendant qu'ils expriment leur délire, l'appareil moteur de la phonation rend la parole hésitante, tremblante et saccadée. Ils semblent ne pas pouvoir parler assez vite pour exprimer leurs idées et ils bredouillent, mangeant les dernières syllabes, prononçant mal les mots.

Les lèvres sont constamment animées d'un tremblement pseudo-convulsif ; la trémulation de la langue est habituelle. Si l'on demande au malade de montrer la langue, il obéit, mais il ne peut parvenir à la tenir en place, il l'agite comme malgré lui, la sort et la rentre à demi par des mouvements de totalité, comme le décrit M. Fernet dans sa thèse d'agrégation sur les tremblements. Ces mouvements incohérents de la langue portant sur la totalité de l'organe, sont souvent accompagnés de tremblement fibrillaire, mais ces derniers sont moins caractéristiques.

Les troubles de la parole ne doivent pas être rapportés uniquement aux troubles moteurs. S'ils sont influencés par eux, ils ne le sont pas moins par la surexcitation cérébrale, le délire et les hallucinations.

Chez d'autres malades le tableau est plutôt caractérisé par des phénomènes adynamiques que par des phénomènes ataxiques comme nous l'avons dit plus haut, mais là encore nous retrouvons des troubles moteurs. Les mains tremblent et se meuvent d'une façon lente et continue ; on observe de la carphologie, les lèvres et la langue tremblent aussi, on constate de petites contractures répétées des muscles de la face qui la rendent plus ou moins grimaçante. Le délire plus tranquille que dans le cas précédent est exprimé par des paroles hésitantes et tremblées. En somme, c'est plutôt la forme du délire qui diffère, les troubles moteurs restant de même nature, légèrement modifiés seulement par le trouble mental qui le commande.

Vers la période terminale l'adynamie domine ordinairement la scène et les malades tombant dans un état de prostration et de stupeur profondes demeurent inertes et presque sans mouvements. Ils parlent peu ou n'émettent qu'un bégaiement léger et indistinct.

Quant au délire on peut dire qu'il donne à la maladie sa note la plus caractéristique, c'est lui qui tient la place prédominante dans le tableau clinique. Au lieu d'apparaître le soir seulement sous forme de divagation ou de sub-délirium, il apparaît d'emblée à son maximum et il est continu. Il est entretenu par des hallucinations visuelles et auditives qui sont en rapport avec la profession du sujet. Là l'influence de l'alcoolisme est indéniable et d'après les auteurs les plus dignes de foi, elle se manifesterait chez le tiers des délirants d'une façon avérée.

Lasèque, en 1869, dans un remarquable mémoire des *Archives de Médecine* a bien décrit les variétés des for-

mes du délire alcoolique, qui peut être plus ou moins accusé sans arriver toujours au tableau si particulier du *delirium tremens*.

Les malades occupés constamment des travaux professionnels se croient à la tête d'une escouade d'ouvriers qu'ils commandent d'une voix impérieuse et bruyante. Ils assistent souvent à des accidents, à des incendies ; ils se trouvent en face d'une catastrophe imminente et se précipitent pour l'éviter. Ils veulent porter secours à des gens embarrassés dans leur ouvrage, à des blessés imaginaires. Toujours ils voient quelque chose venir se mettre à la traverse des ouvrages qu'ils doivent exécuter ou qu'ils dirigent ; ils se débattent contre des difficultés inouïes et multipliées.

Une anxiété spéciale, souvent mêlée de terreur, domine leur délire ; ils croient voir des ennemis acharnés à leur perte, des assassins, des malfaiteurs qui les poursuivent, et leur visage prend une expression qui reflète vivement leurs conceptions délirantes. Cet état persiste souvent même la nuit, entraînant de l'insomnie rebelle.

Cependant, et c'est là un des meilleurs caractères de cet état mental, la raison est plutôt troublée que supprimée complètement. Dans leur délire, ils sont conséquents avec eux-mêmes et presque sensés. Si on les approche et qu'on leur parle haut, ils répondent raisonnablement, à la condition que la question soit brève et que leur attention n'ait pas à être longtemps soutenue. Ils reconnaissent souvent le médecin, les infirmiers, etc... Si on les invite à montrer la langue ils obéissent. Ils peuvent répondre aux questions simples, dire leur nom, leur

profession, donner leur adresse exacte et cela en plein délire.

Ainsi nous avons pu lier conversation avec des alcooliques atteints de pneumonie, causer avec eux en suivant leurs hallucinations et les ramener pour ainsi dire à la raison pour quelques instants en les questionnant brusquement sur leur patron, leur domicile, leur famille, etc. C'est en quelque sorte un délire que l'on peut conduire pendant un temps donné.

L'alcoolisme, ajoutant ainsi à la pneumonie des symptômes inaccoutumés et qui sont très marqués, donne non seulement à l'affection un cachet spécial, mais encore il peut être une cause d'erreur. En effet, tant à cause du défaut de réaction du sujet qu'en raison de cette symptomatologie nouvelle, qui tient la première place, la maladie véritable, la pneumonie, peut passer inaperçue pendant plusieurs jours, et les exemples de ce genre seraient faciles à multiplier.

Mais l'alcoolisme modifie encore la marche de la pneumonie. La lésion locale, au lieu de rester limitée, a de la tendance à s'étendre, à se diffuser; c'est une véritable forme envahissante. Une pneumonie du sommet se propage souvent à la moitié ou à la totalité du poumon, enfin les manifestations à double siège sont ici très fréquentes; que les deux côtés soient pris alternativement comme c'est ordinairement la règle, ou frappés simultanément.

Le délire, si marqué, s'accompagne aussi souvent de lésions méningées et Grisolle, dans un tiers des cas de

pneumonies alcooliques, aurait constaté à l'autopsie des lésions de méningite purulente de la convexité.

Ce qui est certain, c'est que chez les alcooliques, la résolution des symptômes locaux se fait dans les cas de guérison d'une façon lente. Bien plus fréquente est la terminaison par suppuration; très rapidement chez les buveurs, la pneumonie passe de l'hépatisation rouge à l'hépatisation grise et se termine par la mort.

On voit donc combien le tableau de la pneumonie franche et son évolution sont profondément modifiés par l'alcoolisme. D'ailleurs, les auteurs considèrent avec raison cette tare comme une cause prédisposante. Grisolle (1) semble lui donner parfois la valeur d'une cause déterminante lorsqu'il dit par exemple : « Chez plusieurs malades, la pneumonie s'est déclarée à l'occasion d'excès alcooliques, il était impossible chez eux de reconnaître d'autres causes occasionnelles, comme un refroidissement par exemple, parce que ces individus avaient été placés dans des conditions telles que le froid n'avait pu agir sur eux. Chez tous l'influence de la cause s'est faite rapidement sentir. Chez deux, en effet les symptômes de pneumonie se déclarèrent dans les premières heures qui suivirent l'ivresse, chez le troisième malade il y eut un intervalle de quatre jours entre l'excès alcoolique et le début des phénomènes caractéristiques de l'affection. Cependant en interrogeant le malade on trouvait qu'immédiatement après l'excès de vin il présentait un ensém-

1. Grisolle, *Traité de la pneumonie*, p. 155.

ble de symptômes pouvant être regardés comme des prodromes de la pneumonie ».

Sans admettre complètement cette opinion trop absolue, il faut cependant reconnaître que l'alcoolisme rend l'individu plus vulnérable, en troublant l'harmonie de ces fonctions, en altérant la structure de ces organes.

Peut-être ne faut-il pas chercher ailleurs l'influence des professions sur la fréquence de la pneumonie; sans doute les cochers, les maçons, les forgerons sont plus exposés que d'autres aux refroidissements, puisqu'ils sont forcément exposés aux courants d'air et aux intempéries des saisons; mais c'est aussi dans cette catégorie de gens que l'intoxication alcoolique est la plus répandue.

Nous avons dit en commençant que l'influence était réciproque de l'alcoolisme sur la pneumonie et de celle-ci sur l'alcoolisme; il nous reste à montrer la seconde partie de cette proposition.

Si le *delirium tremens*, n'est pas, en France, une complication commune de la pneumonie, il n'est cependant pas exceptionnel et nous avons pu en observer un cas des plus nets à l'hôpital Beaujon.

A. Fournier dans son article sur l'*Alcoolisme* du *Dictionnaire de Dechambre* s'exprime ainsi au sujet du *delirium tremens* : « Le délirium tremens est une manifestation aiguë de l'alcoolisme chronique. Il se produit toujours sur des individus adonnés depuis un certain temps à la boisson et plus souvent encore chez des ivrognes émérites. Les conditions de développement qui président à la crise sont assez diverses. Tantôt elle se pro-

duit sans provocation, c'est en quelque sorte un vase trop plein qui déborde spontanément, tantôt une cause occasionnelle décide l'explosion des phénomènes, et pour suivre la même comparaison, joue le rôle de la goutte qui fait déborder le vase. Cette cause consiste toujours en un trouble plus ou moins intense qui s'ajoute aux fonctions ébranlées d'un organisme malade ».

On conçoit aisément que la pneumonie puisse provoquer l'éclosion des accidents du *delirium tremens*. Dans la pneumonie nous avons un agent infectieux, dont l'évolution locale dans le poumon réagit sur la plupart des organes. Dans la pneumonie franche, le délire est fréquent, revenant le soir, par intervalles. Chez l'alcoolique elle peut donc facilement éveiller des accidents qui étaient imminents; elle peut être la cause occasionnelle du *delirium tremens*.

Nous ne pouvons nous arrêter dans cette courte étude à donner le tableau, d'ailleurs connu, de cette crise. Du reste, la pneumonie qui la fait apparaître ne la modifie pas dans son ensemble. Les deux manifestations évoluent côte à côte, la seconde influençant la forme et la marche de la première et pouvant même la masquer complètement par l'éclat bruyant de ses symptômes.

On peut donc, en somme, résumer les rapports de l'alcoolisme et de la pneumonie dans ces deux propositions :

1° L'alcoolisme modifiant le terrain et les réactions fonctionnelles de l'organisme, donne à la pneumonie une physionomie inaccoutumée, c'est donc à bon droit que l'on a décrit la forme alcoolique de la pneumonie.

2° La pneumonie, maladie aiguë, fébrile, microbienne, lorsqu'elle frappe un alcoolique, peut être le point de départ d'un accès de *delirium tremens* dont les symptômes viendront s'ajouter à ceux de la maladie locale et pourront même les dissimuler en partie.

HISTORIQUE DES MOUES DE TRAITEMENT

Les méthodes de traitement de la pneumonie se sont multipliées en nombre considérable, et nous ne les pouvons passer en revue depuis l'expectative jusqu'au vésicatoire systématique, sans sortir de notre sujet. Ainsi nous allons seulement rechercher dans la littérature médicale les diverses tentatives thérapeutiques dirigées plus spécialement contre les pneumonies asthéniques et en particulier contre les pneumonies des buveurs.

La saignée, jadis en grand honneur, a été couramment employée d'une façon systématique comme moyen thérapeutique dans toutes les pneumonies sans distinction des formes ni des variétés, elle inspirait autrefois une confiance tellement absolue que le médecin la pratiquait toujours, aussi bien dans une pneumonie franche que dans la pneumonie asthénique. C'est qu'en effet une émission sanguine détermine chez le pneumonique une sorte de crise, mais elle a été démontrée passagère et par conséquent illusoire. Si après la saignée la douleur diminue ou disparaît, si l'oppression s'amende, si l'urine ressemble à l'urine crétique, ces phénomènes ne sont que mo-

mentanés. La température s'abaisse il est vrai, après cette intervention; mais bientôt elle remonte au même degré qu'avant et le dépasse même parfois.

La saignée peut trouver son emploi, par exemple, dans la congestion extrême du poumon avec menace d'asphyxie. Toutefois il est juste d'ajouter que la variété des pneumonies alcooliques est peut-être celle où l'émission sanguine est non seulement le moins souvent nécessaire, mais encore le plus fréquemment contrindiquée.

Jaccoud, en effet, insiste sur ce point général, qu'une profonde atteinte à l'organisme du pneumonique augmente de beaucoup les chances qu'a la phlegmasie à passer à l'hépatisation grise; or, nous avons vu que chez les alcooliques, cette tendance est déjà très marquée. Une saignée ne saurait donc avoir ici de bons effets; elle irait contre le but proposé. Il est vrai qu'on peut avoir la main forcée, pour ainsi dire, par l'apparition de symptômes urémiques particulièrement fréquents chez les buveurs; mais dans ce cas, l'émission sanguine est dirigée contre ces accidents; elle est employée comme traitement de l'urémie et non comme traitement de la pneumonie.

Les ventouses scarifiées viennent tout naturellement se ranger à côté de la saignée. Nous n'y insisterons pas, mais nous nous contenterons de remarquer qu'elles font une série de petites plaies cutanées chez un sujet qui, de par son état général, a une tendance marquée à faire de la suppuration et de la gangrène.

Le vésicatoire a été longtemps en faveur et son emploi est encore journalier; il semble s'appliquer aux cas

où la résolution est lente. Dans la pneumonie alcoolique il trouvera donc son indication, mais on devra surveiller avec soin la plaie pour les raisons que nous avons déjà mentionnées plus haut. Enfin il faudra s'assurer aussi de l'état des reins. On connaît bien actuellement les dangers de la néphrite cantharidienne ; on sait qu'elle frappe plus volontiers les reins qui sont déjà malades : or, dans l'alcoolisme ces organes sont bien souvent lésés, puisque cette intoxication est l'une des causes principales des néphrites chroniques interstitielles.

Le tartre stibié, l'émétique ont été employés par *Laënnec* et par un médecin italien, *Risori*, qui fut son principal défenseur. Pour lui toutes les maladies aiguës s'accompagnent d'un état de *stimulus* qu'il cherche à combattre par ce médicament. Il nous paraît actuellement hors de doute que ce stimulus fait complètement défaut dans la pneumonie des buveurs, puisque c'est une affection asthénique au premier chef. Les individus, avons-nous dit plus haut, réagissent mal ; ils sont dans un état ataxo-adynamique ou dans l'adynamie absolue. Quels bénéfices pourraient-ils tirer d'un médicament tel que le tartre stibié ?

Ce médicament, en effet, agit d'une façon fâcheuse sur le cœur dont le fonctionnement laisse déjà à désirer chez ces malades. Il a également une action funeste sur le système nerveux qui est fortement touché dans la pneumonie alcoolique. Enfin, il peut arriver à produire ce que l'on appelle l'adynamie stibiée, dont le plus haut degré est un collapsus d'une extrême gravité qui aurait plus d'une fois été mis sur le compte de la pneumonie.

Le tartre stibié nous paraît donc à être effacé complètement de la thérapeutique des pneumonies alcooliques.

L'emploi systématique de la *digitale*, préconisé par Traube et Hirtz, ne nous paraît pas comme un médicament de choix dans la pneumonie asthénique. Les effets bien connus sont de ralentir le pouls en régularisant le cœur ; d'abaisser la température et enfin d'agir comme diurétique en modifiant la circulation sanguine. Cependant, il a de graves inconvénients ; comme le remarque Lépine ; en raison de ses effets cumulatifs il expose au collapsus et doit être, par conséquent, employé avec mesure et prudence chez les sujets qui ont déjà une tendance marquée à l'adynamie.

Nous ne ferons que signaler un autre médicament, la *Veratrine*, introduite dans le traitement des pneumoniques parce qu'elle calme le délire et modifie le pouls et la température. Elle affaiblit le cœur et donne souvent des vomissements ; aussi n'est-elle plus aujourd'hui employée par personne.

En Allemagne, on emploie beaucoup la méthode des *bains froids*, dont Liebermester, Lebert et surtout Jürgensen ont été les plus zélés défenseurs. En France ils ont été moins employés ; cependant ils ont été vantés par Henri Barth, et depuis que les médecins ont pu constater les résultats de cette méthode réglementée par Juhl Renoy dans la fièvre typhoïde, on tend à l'appliquer généralement à tous les cas d'hyperthermie, avec confiance. Mais cette médication ne s'applique pas seulement à la forme avec forte élévation de température. Jürgensen recommande dans ce cas les bains très-froids ; il aurait

abaissé la température du bain avec succès, jusqu'à cinq ou six degrés centigrades. C'est également lui qui conseille la balnéation froide même dans les cas où la température reste au-dessous de 39°5, considérant alors comme une indication les accidents cardiaques et cérébraux. On sait, en effet, qu'outre l'abaissement de la température, la balnéation relève l'activité du cœur qui se contracte mieux; elle agit sur le système nerveux, elle favorise et accroît les échanges nutritifs, elle augmente toutes les sécrétions et particulièrement la sécrétion urinaire.

Quant à la température à donner au bain, elle varie suivant les cas et suivant les auteurs surtout. Les uns, avec Jurgensen, veulent le bain franchement froid; les autres conseillent les bains tièdes aux environs de 25° à 30° centigrades. D'autres enfin, avec Ziemssen, emploient les bains graduellement refroidis, pour ménager la susceptibilité réflexe, mais celle-ci n'est guère accentuée chez les alcooliques et surtout dans une pneumonie à forme asthénique.

A côté de la balnéation, il faut placer les applications froides, le drap mouillé.

Dans tous les cas, il sera toujours bon de soutenir les forces du malade par une certaine quantité de vin ou d'alcool que l'on fera prendre avant et après chaque immersion ou chaque enveloppement.

Ceci conduit à parler d'une méthode en apparence illogique et contradictoire et qui est cependant facile à expliquer, et de la plus haute importance; c'est le trai-

tement de la pneumonie alcoolique et surtout de celle-ci, par l'administration d'alcool à l'intérieur.

Todd, qui en fut le promoteur, dit que l'alcool est utile dans toutes les maladies. Lépine se refuse à admettre un précepte aussi absolu, mais il reconnaît l'utilité de l'administration de l'alcool dans beaucoup de cas qui ont du reste été très bien formulés par Joffroy :

« 1^o Chaque fois qu'il se montre des symptômes graves d'ataxie ou d'adynamie.

2^o Lorsque la température est très élevée.

3^o Lorsque les sujets sont affaiblis par une maladie antérieure ou lorsqu'ils sont alcooliques ».

Chez l'alcoolique atteint de pneumonie, ces trois propositions de M. Joffroy ne se trouvent-elles pas remplies à la fois ? Nous avons vu que les symptômes ataxo-adyamiques étaient la note dominante du tableau clinique ; nous avons signalé les hyperthermies considérables, les températures élevées restant en plateau, avec retard ou suppression de la défervescence pneumonique, enfin l'état dans lequel l'alcoolisme jette les malades, en diminuant leur résistance vitale et en troublant leurs fonctions.

L'alcool à doses modérées est considéré comme un aliment d'épargne ; de plus il est stimulant quand on le prescrit dans les limites raisonnables. Ajoutons encore que chez les éthyliques invétérés, les auteurs ont bien montré qu'on ne pouvait pas impunément supprimer d'emblée la dose quotidienne de poison. Pour toutes ces raisons l'alcool doit tenir une place importante dans le traitement de la pneumonie alcoolique.

Il nous reste à parler, maintenant, de l'emploi de la *strychnine*, qui a été préconisé comme antidote de l'alcool comme médicament expectorant, et qui, comme nous le verrons tout à l'heure en étudiant ses effets physiologiques, est un stimulant du système nerveux et vasomoteur et un excito-reflexe.

Nous l'avons vu employer particulièrement par M. le Dr Fernet dans son service à l'hôpital Beaujon.

Le mode d'administration le plus ordinaire est l'injection sous-cutanée, il a l'avantage d'être suivi d'une absorption rapide, qu'il est nécessaire de rechercher en pareil cas, à cause de la brusquerie des accidents graves.

La solution la plus communément employée est celle de sulfate de strychnine.

Sulfate de strychnine...	0 gr. 10 centigr.
Eau stérilisée.....	20 grammes

Chaque gramme de cette solution, c'est-à-dire chaque centimètre cube, chaque seringue de Pravaz renferme donc *cinq milligrammes* de sulfate de strychnine.

Les injections étaient à l'hôpital Beaujon de *un tiers* de seringue, c'est-à-dire exactement de *un milligramme* 66 de sulfate de strychnine. Elles étaient répétées suivant les cas, matin et soir, ou même trois fois par jour, ce que porte la quantité totale du médicament administré en 24 heures à une moyenne de *un milligramme* et demi, *trois milligrammes* et *cinq milligrammes*.

Jamais nous n'avons observé par ce traitement le moindre accident imputable à la strychnine et nous avons pu au contraire en constater plusieurs fois les heureux résultats.

ACTION PHYSIOLOGIQUE DE LA STRYCHNINE

Quelle que soit la forme sous laquelle la strychnine a été prise, en nature ou à l'état de sels en solution, les effets sont les mêmes ; il n'y a différence que dans l'intensité des phénomènes suivant la dose et le degré de solubilité de la substance ingérée ou injectée dans le tissu cellulaire.

L'action locale de cet alcaloïde sur les muqueuses et le derme mis à nu est celle des amers énergiques ; il détermine le resserrement des artérioles et la pâleur locale des tissus. D'après Gubler elle exercerait aussi une action analogue sur le parenchyme des glandes et leurs capillaires.

La strychnine prise à dose faible, de 1 à 5 milligrammes, par exemple, par la voie digestive, n'agit chez l'homme à peu près que comme un amer. Mais elle détermine encore une augmentation manifeste de la diurèse et de l'excrétion salivaire, aussi en a-t-on fait un stomachique diurétique.

Lorsque les doses sont plus considérables on voit apparaître les phénomènes d'intoxication. Le tableau de ces accidents a été très bien tracé par C. Vinay, auteur de

l'article « *Strychnine* » du *Dictionnaire de médecine et chirurgie pratiques*, auquel je renvoie le lecteur pour plus amples informations.

La strychnine porte son action sur le cerveau, la moelle, les nerfs, le système sympathique, les muscles, le foie, les reins et les glandes salivaires.

Ce n'est pas ici le lieu de passer en revue les modifications qu'elle détermine dans ses différentes parties, aussi ne nous y arrêtons-nous pas ; nous voulons seulement résumer les opinions des auteurs sur son mode d'action pour pouvoir essayer d'interpréter ensuite les résultats constatés en clinique et montrer l'avantage que présente l'emploi de ce médicament dans la pneumonie alcoolique.

Pour certains physiologistes, la strychnine agirait sur les centres gris médullaires et bulbaires, pour d'autres elle aurait une action élective sur les fibres sensibles.

Müller et Magendie sont les principaux défenseurs de la première théorie. Pour eux la strychnine irrite et excite la moelle comme les agents mécaniques ou électriques, d'où tétanos généralisé et mort en asphyxie par contractures des muscles respiratoires. Mais cette explication tend aujourd'hui à être abandonnée. La principale objection qu'on lui oppose, c'est que les contractures reviennent par accès intermittents séparés par des intervalles de repos complet. C'est sous l'influence d'une excitation intérieure ou extérieure que le spasme tonique apparaît.

Van Deen, Marshal Hall, Mayer, Brown Séquard expliquent au contraire l'action de la strychnine par une exal-

tation excessive de l'excitabilité réflexe des centres bulbo-médullaires. Vulpian l'a bien établie cette théorie et c'est à elle que se rattachent aujourd'hui la majorité des physiologistes. D'après cette manière de voir, toutes les excitations centripètes, quel qu'en soit le point de départ provoquent de violentes réactions du côté du système musculaire tout entier et c'est ainsi que se produisent ces attaques convulsives. Quant à leur intermittence, on l'explique par ce fait que la crise entraîne un épuisement nerveux passager dans les centres gris médullaires. Vulpian a surtout bien démontré ce fait en remarquant que la strychnine laisse inertes et immobiles les animaux préalablement soumis à l'action du chloroforme, de l'éther ou du chloral. Chez eux les excitations extérieures ne produisent plus de réaction motrice; or, on sait que ces anesthésiques ne détruisent pas l'excitabilité motrice de la moelle.

Une troisième théorie a été invoquée par Claude Bernard, c'est celle de l'action de la strychnine sur les nerfs sensitifs. Cette théorie, qui avait été imaginée par Stamnius est basée sur cette particularité qu'après section des racines postérieures de la moelle l'empoisonnement par la strychnine ne produit plus chez la grenouille la moindre convulsion.

Voici en quels termes le grand physiologiste français s'exprime à ce sujet : « Elle (la strychnine) empoisonne les nerfs sensitifs en excitant leurs propriétés et en les exagérant de telle sorte qu'elle amène la mort de l'élément sensitif par l'épuisement qui résulte de son excès d'activité ».

Mais la théorie de Vulpian explique d'une façon très simple et très exacte l'expérience de Stamnius répétée par Cl. Bernard. Si l'on sectionne toutes les racines postérieures d'un animal qu'on strychnise ensuite, l'empoisonnement aura lieu sans spasmes convulsifs parce que ces spasmes sont de nature réflexe et qu'en sectionnant les racines postérieures, on coupe la route suivie par les excitations centripètes qui pourraient les déterminer.

On peut conclure, en somme, que la strychnine agit sur la moelle, non pas en l'excitant, mais en la rendant plus excitable.

INTERPRÉTATION DES FAITS

Si maintenant nous nous reportons aux modifications qu'entraîne dans le système nerveux l'introduction alcoolique, modifications qui sont d'autant plus accentuées que l'individu est atteint d'une maladie aiguë, et surtout d'une pneumonie, nous remarquons qu'elles sont inverses de celles de la strychnine.

Chez l'alcoolique les réactions nerveuses sont amoindries, l'excitabilité réflexe est diminuée, et les symptômes cliniques d'une pneumonie alcoolique, par exemple, sont caractérisés par l'adynamie.

La strychnine dans ces cas pourra donc physiologiquement donner de bons résultats, puisqu'elle combat les troubles fonctionnels provoqués par l'alcool.

D'ailleurs l'usage thérapeutique de la strychnine a déjà été vanté par plusieurs auteurs contre les accidents de l'alcoolisme.

H. G. Morey (1) préconise son emploi, en 1874, contre l'intoxication éthylique. Depuis, Luton de Reims et

1. H. G. Morey. In *Pacific M. et S. J. San. Fran.* 1874-75; XX p. 450 et 452.

d'autres ont vanté son emploi dans ces cas. Enfin en 1888 un Russe Jaroshevsky (1) entreprit des recherches sur l'antagonisme de l'alcool et de la strychnine.

Poussé à ces recherches par les résultats cliniques que rapportaient plusieurs auteurs il est arrivé aux conclusions suivantes :

La strychnine neutralise certainement d'une façon puissante les effets toxiques et narcotiques de l'alcool. Elle permet d'ingérer des quantités considérables d'alcool pendant longtemps sans que l'on voie se produire les lésions organiques qui sont consécutives à l'usage immodéré et prolongé de l'alcool.

Mais cependant, on ne peut pas dépasser certaines limites au-delà desquelles, la strychnine, cessant d'avoir une action favorable devient, au contraire, nuisible.

Il termine en disant qu'on doit prescrire la strychnine dans toutes les formes de l'alcoolisme, et qu'on peut la considérer réellement comme un prophylactique puissant de cette maladie.

De plus, nous trouvons dans les effets physiologiques de la strychnine d'autres raisons secondaires justifiant son emploi dans les cas de pneumonie alcoolique.

Fothergill (2) en 1881 a montré son influence sur l'expectoration qu'elle favorise. D'autre part nous avons vu son action sur les glandes salivaires et surtout son pouvoir diurétique qui a bien ici son importance chez

1. Jaroshevsky. In *Medetzin, obozr.* cité dans la *Rev. gén. de clin. et de therap.* Année 1888, p. 232.

2. Fothergill. In *Internat. M. Congr.* Lond. 1881 à 451-454.

les alcooliques, les reins sont scléreux, fonctionnant mal, même pendant l'état de santé, à plus forte raison dans les maladies aiguës; ils laissent passer une quantité plus ou moins grande d'albumine et lorsqu'il survient un état morbide, ils sont souvent le point de départ d'accidents graves, urémiques, qui modifient complètement le tableau clinique de la maladie, et conduisent dans bien des cas au dénouement fatal, qui est bien souvent sous leur dépendance immédiate.

C'est donc à bon droit que l'on attribuera à l'influence de la strychnine dans nos observations la diminution ou la suppression du délire, l'augmentation de la quantité d'urine émise en 24 heures, enfin et surtout la tonification du système nerveux, venant atténuer les symptômes adynamiques ou même les supprimer. C'est à elle aussi qu'il convient d'attribuer le relèvement du pouls et la stimulation du cœur, qui, comme on peut le voir dans les cas que nous rapportons, est indéniable après les injections sous-cutanées de sulfate de strychnine. C'est donc un excellent tonique du système nerveux qui trouve ici son emploi bien justifié tant par les considérations physiologiques que par les résultats pratiques.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I (personnelle)

H... L..., 50 ans, manœuvre, entre le 8 septembre 1894, à l'hôpital Beaujon, se plaignant d'une douleur dans le côté gauche de la poitrine qui l'empêche de respirer.

Antécédents. — Cet homme a eu une pneumonie à l'âge de 26 ans (côté droit). A 30 ans il a eu des douleurs articulaires, il avait alors un écoulement blennorrhagique. Il y a trois ans il est resté pendant quinze jours à l'hôpital Lariboisière pour l'influenza.

Il dit n'être pas éthylique, mais quand on l'interroge sur son alimentation habituelle, on apprend qu'il boit environ 7 à 8 litres de vin par jour et une absinthe régulièrement. Il ajoute qu'il faut bien qu'il boive cela, ayant un travail dur et souvent exposé à la chaleur.

Depuis plusieurs années, mais surtout depuis trois ans il a des éblouissements, un nuage sur la vue le matin, parfois un peu d'œdème des pieds le soir ; du prurit généralisé. Il urine très souvent et plusieurs fois la nuit, surtout depuis l'influenza.

Maladie actuelle. — Il a pris froid le 6 septembre au soir : il a eu presque aussitôt un grand frisson et une douleur dans le côté gauche.

En rentrant il se couche et est repris de frissonnement et de fièvre.

Il prend du vin chaud et vomit.

Le 8 septembre il entre à l'hôpital.

A l'examen on constate :

Du côté de l'appareil respiratoire : une dyspnée assez vive avec respiration entrecoupée. Il se plaint d'un point de côté à gauche vers les fausses côtes. La percussion dénote un peu de submatité à la partie moyenne et inférieure du poumon gauche en arrière. A l'auscultation la respiration est soufflante en ce point, mais on entend distinctement des râles fins, râles crépitants caractéristiques éclatant par bouffées à la fin de la respiration. Bronchophonie et pectoriloquie aphone très nette.

Rien du côté droit.

Du côté de l'appareil digestif : la langue est couverte et sèche ; le malade a très soif. Anorexie complète, pas de nouveaux vomissements, constipation. Foie petit.

Les urines contiennent une assez notable portion d'albumine.

Le cœur se contracte mollement, sans force. Les bruits sont sourds, sauf le second à la base au niveau de l'orifice aortique. Les artères sont sinueuses.

Le 9 septembre. — Le malade a été très agité toute la nuit. On a dû lui mettre la camisole et nous le trouvons en pleine crise de *delirium tremens*.

Transpiration abondante ; peu d'urine.

L'oppression est toujours très marquée. Le malade tousse de temps en temps et crache partout, sur le mur, à terre, sur les draps, à la face des gens qui l'approchent.

Il a des hallucinations de la vue et de l'ouïe.

Il ne répond à aucune question ; il est agité et tremblant.

A l'auscultation, le souffle pulmonique est bien net aujourd'hui, mais plus étendu.

Température : 40° le matin ; 40° le soir.

Le malade urine dans son lit et laisse aller ses matières.

On lui donne du todd et on lui fait trois injections de sulfate de strychnine dans la journée.

Le 10 septembre. — Nuit très agitée ; pas de sommeil. Le matin, le malade a l'air anxieux, mais il fait moins de mouvements ; il marmote entre ses dents des paroles tremblées, impossible à comprendre. Il ne répond pas, mais il montre la langue quand l'on y invite. Elle est sèche. Les lèvres et les dents sont couvertes d'un enduit brunâtre.

L'oppression continue. L'état local est le même. Trois injections de sulfate de strychnine dans la journée.

Température : 39°,9 le matin : 40°,1, le soir.

Le 11 septembre. — Le malade est beaucoup plus calme ; il a un peu dormi ; n'a pas de délire ce matin. Un peu de carphologie.

Le cœur est bien remonté ; le pouls est rapide mais bien frappé.

Pas de modification du côté du poumon, dyspnée.

L'urine est rare et toujours albumineuse.

Une injection de strychnine le soir.

Le 12 septembre. — La température est encore élevée, 39°,8 le matin ; 40° le soir. Le pouls est bon et l'état général est meilleur, le malade paraît moins affaibli qu'hier. Il répond quand on lui parle, n'a plus de délire, tousse beaucoup ; ses crachats sont toujours colorés et adhérents.

L'urine peut être conservée (900 grammes en 24 heures) ; elle contient toujours un peu d'albumine.

L'oppression n'a pas cédé, mais le malade ne se plaint pas de son point de côté.

A l'auscultation le souffle pulmonique est intense ; il s'est étendu, et on le perçoit en arrière et dans l'aisselle dans toute la moitié inférieure du poumon.

A droite il y a quelques râles de congestion à la base.

L'état général est bon.

A partir de ce jour on supprime les injections de strychnine et on continue la potion de Todd.

Depuis ce moment la pneumonie a continué son cours avec des températures élevées (39° et 40°) jusqu'au 16 septembre, dixième jour de la maladie. Ce jour il y a eu une défervescence incomplète le matin ; le soir la température est remontée à 38°6.

Dans les cinq jours suivants la courbe thermique s'est terminée en lysis. Le malade n'a pas eu d'autres accidents.

Convalescence assez longue, pendant laquelle cet homme est resté fatigué.

Il sort guéri, mais conservant toujours un peu d'albumine dans l'urine.

OBSERVATION II (personnelle).

Le nommé Ch... B..., âgé de 36 ans, forgeron, entre à l'hôpital Beaujon, salle Monneret, n° 32, le 18 août 1894. Il vient à l'hôpital parce qu'il souffre du côté droit de la poitrine et se trouve oppressé depuis trois jours.

Antécédents. — Cet homme a eu la scarlatine dans son enfance, vers l'âge de 10 ou 12 ans, dit-il. Il a eu la coqueluche la même année. A 22 ans, il eut la fièvre typhoïde ; à 25 ans, fracture de jambe.

Ethylisme avoué par le malade. Tremblements alcooliques, cauchemars, quelques troubles de la sensibilité aux jambes.

Maladie actuelle. — Il y a six jours que cet homme n'est pas dans son état ordinaire. Il avait perdu l'appétit, avait des maux de tête chaque jour plus accentués. Il y a trois jours, le 15 août, il a eu un frisson assez intense, unique et prolongé, qu'il ne croit pas pouvoir rattacher à un refroidissement. Après ce frisson il a eu quelques nausées avec vomissements bilieux, puis une douleur dans le côté droit de la poitrine, moitié supérieure.

A son entrée le 18 au soir, il a déjà du délire, et la nuit du 18 au 19 se passe sans sommeil.

Localement, on note de la submatité en arrière au sommet droit; par ailleurs la poitrine résonne normalement.

A l'auscultation il y a un souffle pneumonique intense et non douteux au sommet et dans l'aisselle du côté droit.

Température : 39°,4 le matin; 40°,1 le soir.

Symptômes ataxo-adiynamiques très accentués. Le malade est assez oppressé, mais surtout il est agité. Il a quelque chose d'inquiet, de fiévreux dans tous ses mouvements, il remue sans cesse; ses mouvements semblent incertains. Ses lèvres sont tremblantes et la parole est hésitante et tremblée.

Les urines sont assez abondantes (1200 grammes), fortement colorées et ne contiennent pas d'albumine.

Deux injections de sulfate de strychnine, matin et soir.

Le 20 août. — Le malade a quelque peu dormi; mais ce matin il est agité, en plein délire. Il donne des ordres impérieux à ses compagnons imaginaires, veut se lever, sortir par la fenêtre. Il fait continuellement le mouvement de mouvoir le soufflet de la forge.

Sueurs abondantes. Urines 1200 grammes.

L'oppression est toujours vive. Le malade tousse encore et crache plus facilement qu'à la veille.

Le pouls est plus fort qu'hier ; il est fréquent.

Température : 40° le matin ; 40°,2 le soir.

L'auscultation, la même qu'hier.

Langue rôtie ; lèvres fuligineuses.

On fait trois injections de sulfate de strychnine dans la journée.

Le 21 août. — Le malade est beaucoup plus calme ; il n'a plus de délire, il répond assez bien aux questions qu'on lui pose. L'oppression est encore très vive et l'état local le même, sans extension du foyer.

Le cœur se contracte avec vigueur ; le pouls est très remonté.

Deux injections de sulfate de strychnine.

Le 22 août. — Amélioration de l'état général.

Deux injections de sulfate de strychnine.

Le 23 août. — Défervescence brusque le matin.

Température le soir 38°. On entend les râles crépitants de retour.

Suppression des injections de strychnine.

Convalescence bonne. Le malade sort guéri la semaine suivante.

OBSERVATION III (personnelle).

Le nommé Jean X..., maçon, âgé de 42 ans, entre le 10 avril 1894 à l'hôpital Beaujon, salle Monneret, où il occupe n° 10.

C'est un garçon, robuste en apparence, qui est malade depuis quatre à cinq jours seulement.

Antécédents. — Il a eu la rougeole à l'âge de 10 ans. A 30 ans il a eu une atteinte de rhumatisme. Il est d'ailleurs éthylique avéré. Il a commencé à boire d'une façon immodérée vers l'âge de 19 ans. Il s'enivre quelquefois, mais surtout, et de son propre aveu, il consomme environ cinq litres de vin par jour, sans parler d'un petit verre chaque matin, et des occasions, comme il dit, où les camarades lui offrent quelque chose dans la journée. Il ne refuse jamais. Depuis plusieurs années il a le sommeil troublé par des cauchemars; il voit des animaux, il se sent tomber dans le vide et se réveille en sursaut.

Maladie actuelle. — Depuis 8 jours se sent fatigué; il a la fièvre depuis quatre jours; il croit avoir eu froid il y a environ six jours, car il a été mouillé deux jours de suite, ayant très chaud. Dans tous les cas, depuis quatre jours il ressent une douleur assez vive dans le côté droit de la poitrine, surtout lorsqu'il veut respirer un peu fort. Il tousse et a eu plusieurs frissons le 5 et le 6 avril. Il a cessé son travail et a dû s'aliter. C'est tout ce qu'il donne comme renseignements.

Actuellement il se plaint de mal de tête violent, il est fatigué, déprimé; son point de côté s'est étendu et il souffre de tout le côté droit. Les yeux sont brillants, la langue sale, la température est à 39°5 le soir et 40° le matin. Perte complète de l'appétit, soif vive. Pas de délire.

Localement on constate :

A la percussion. — Le côté gauche est sonore dans toute la hauteur en avant et en arrière. Du côté droit,

sonorité en avant; sonorité normale en arrière et au sommet droit; submatité dans le tiers inférieur du poumon droit en arrière.

A l'auscultation, on a de la respiration puérile à gauche: à droite et en arrière on entend un souffle rude, nettement pneumonique, immédiatement sous l'oreille. Ce souffle occupe les deux tiers inférieurs du poumon droit. Vers la base on entend encore des râles crépitants fins par bouffées à la fin de l'inspiration. Il en est de même dans l'aisselle droite.

En avant on n'entend pas le souffle.

La voix est modifiée; il y a de la bronchophonie à droite et en arrière; au même niveau il y a de la pectoriloquie aphone.

La respiration est courte, haletante; le malade est visiblement oppressé.

Rien au cœur.

Rien dans les autres organes sauf les reins.

En effet, les urines contiennent un nuage albumineux, mais peu considérable. Elles sont rouge foncé et peu abondantes (800 grammes en 24 heures).

Le 11 avril. — Le malade n'a pas dormi, il souffre beaucoup de son côté. Les symptômes locaux se sont étendus: on entend du souffle dans toute la hauteur du poumon droit.

Le malade tousse beaucoup, crachats nettement pneumoniques et adhérents au crachoir. Oppression considérable. Sueurs profuses, un peu de diarrhée.

Le pouls est mal frappé; les contractions du cœur sont molles; le premier bruit surtout est faible.

Symptômes adynamiques.

Dans la soirée le malade a du délire.

Température 39°,6 le matin, 39°,9 le soir.

Le 12 avril. — Le malade a passé une très mauvaise nuit; il n'a pas dormi; il a eu constamment du délire. Le matin il se croit occupé à ses travaux ordinaires. Il est affairé, tremblant; il appelle un personnage imaginaire, un de ces compagnons : « Viens vite, aide-moi à monter cela. C'est lourd ! ne lâche pas. Tire donc, tu vas nous faire tuer »...

Nous lui demandons comment il a passé la nuit : « Très bien, monsieur le Major » répond-il. Interrogé sur son nom et son adresse, il répond avec exactitude et nous demande si nous ne connaissons son patron, M. X..., puis brusquement il s'écrie : « Prends garde à l'échafaudage, etc.

Les urines sont toujours rares (800 grammes en 24 heures.

Température 40°, le matin, 40°, le soir.

Le cœur se contracte mal, les bruits sont sourds.

Traitement. — Injection de sulfate de strychnine *un milligramme et demi* le matin, autant le soir. Potion de Todd.

Le 13 avril. — Symptômes ataxo-adiynamiques ; faciès hébété ; le malade a peu dormi, il est continuellement baigné de sueurs.

Urines 900 grammes ; contiennent toujours un peu d'albumine.

Les bruits du cœur sont un peu mieux marqués. Le délire n'est pas continu.

Oppression très vive. — Souffle énorme dans toute l'étendue du poumon droit ; on l'entend en avant, en arrière et sur la ligne axillaire. — Nombreux râles humides à la base.

Température : 40° le matin ; 40° le soir.

Injectons de sulfate de strychnine, matin et soir.

Le 14 avril. — Oppression excessive, 65 respirations par minute. Délire tranquille par intervalle; le malade marmote entre les dents des phrases inintelligibles, carphologie.

Le cœur se contracte assez bien; le pouls est mieux frappé mais d'une grande fréquence: 140 pulsations.

Le souffle est toujours le même à droite. On entend en outre des râles humides à moyennes bulles dans la moitié inférieure du poumon droit. Du côté gauche respiration puérile, et un foyer de râles congestifs à la base.

Température : 40° 2 le matin; 40° le soir.

Dans la soirée le malade a eu du hoquet.

Décès dans la nuit du 14 au 15 avril.

Autopsie : Thorax. — Adhérences pleurales à droite avec un peu du liquide dans la plèvre.

Le poumon droit présente les lésions ordinaires de la pneumonie aiguë, avec hépatisation rouge. — Vers sa partie moyenne commencement d'hépatisation grise.

Le poumon gauche présente un foyer de congestion intense vers la base.

Cœur mou. Pas de liquide dans le péricarde.

Abdomen : Rien du côté du tube digestif.

Foie petit. Reins petits et scléreux.

Rien de particulier ailleurs.

OBSERVATION IV

(Tirée des « *Etudes de thérapeutique* » du D^r Luton).
Pneumonie alcoolique, Mort par insuffisance du traitement,

Chez un tonnelier, âgé de 30 ans environ, que nous traitons pour une pneumonie franche en apparence, pneumonie occupant, du reste, toute la hauteur du poumon gauche en arrière, jusqu'au cinquième jour tout allait bien, et aucun symptôme fâcheux ne venait troubler notre sécurité, lorsqu'un délire formidable fit explosion dans la nuit du cinquième au sixième jour. Le malade s'échappa à demi-nu dans la rue, par un temps d'hiver. C'est en vain qu'éclairé tardivement sur la nature intime de tous ces accidents nous fîmes une injection de *deux grammes* de teinture de noix vomique, sous la peau de l'avant-bras. Il n'était plus temps et une heure après le malade succombait laissant son entourage effrayé d'une terminaison aussi foudroyante, et disposé à nous accuser plutôt que ceux qui, pour protéger leur vin précieux livrent à leurs ouvriers cavistes jusqu'à trois bouteilles de vin par jour.

C'est cela qui a été la première cause de cette mort, et nous pouvons regretter de n'avoir pas été aussi convaincu qu'aujourd'hui du grand rôle qui appartient à la *strychnine* dans de pareilles circonstances.

OBSERVATION V

Tirée de la thèse de Bazan, 1895.

Pneumonie congestive d'origine grippale chez un alcoolique, *Delirium tremens*.

Le nommé Del..., Félix, âgé de 33 ans, exerçant le métier de terrassier, entre le 20 mars 1895, à l'hôpital Cochin, salle Lasèque, lit n° 19, dans le service du Dr Chauffard.

Les antécédents ne nous fournissent pas de renseignements utiles.

Dimanche dernier, 17 mars, le malade, à la suite d'un effort, a ressenti à l'épaule droite une douleur violente qui dure encore aujourd'hui.

Le lendemain, 18 mars, il a eu plusieurs frissons en même temps qu'il se plaignait d'un point de côté à la hauteur du mamelon droit. Il accusait encore une courbature généralisée à tous les membres, de la céphalalgie et de la fièvre.

Dans la nuit du 18 au 19 mars il a craché un peu de sang à peu près pur, non mêlé aux crachats. Il a continué à avoir de la fièvre, pas d'appétit, dyspnée intense.

Il est entré à l'hôpital le 20 mars au soir. La nuit a été mauvaise; le malade a été très agité, ce qui n'a rien d'étonnant, car le malade accuse des habitudes de boisons.

Le 21 mars. — L'examen de la poitrine fait constater à la percussion, en avant et à droite, de la submatité, avec augmentation des vibrations thoraciques. A l'auscultation, dans toute la hauteur et avec prédominance à

la partie moyenne du poumon, on entend des bouffées de râles humides et sous-crépitaunts se prolongeant jusque dans l'aisselle. En arrière la submatité est plus grande et on perçoit les mêmes signes à l'auscultation. On constate en même temps un peu de skodisme dans la clavicule droite.

A gauche la respiration est un peu rude, avec quelques râles ronflants et sibilants.

Les crachats sont rosés et semblent indiquer l'existence d'une congestion pulmonaire. Le pouls est fréquent et irrégulier; il est mou et bat à 120 pulsations par minute. Les bruits du cœur sont masqués par ceux de la respiration. La température est de 40°2. Un peu d'albumine dans les urines.

Diagnostic. — Pneumonie congestive d'origine grippale chez un éthylique.

Pronostic. — Réservé.

Traitement. — Bais froids toutes les trois heures; limonade au chloroforme; lait, injections sous-cutanées de 2 milligrammes de sulfate de strychnine.

Le 22 mars. — La nuit a été très agitée, la langue est sèche et saburrale; le pouls bat à 120. On constate toujours en avant, l'existence de gros râles ronflants et sibilants. En arrière, râles crépitants. Même traitement. L'injection de strychnine est portée à 5 milligrammes.

Le 23 mars. — En arrière et à droite souffle et crépitations dans tout le poumon. Même état en avant. Pulsations au nombre de 120.

La langue est meilleure, elle est blanche et humide. Le malade urine sous lui. L'agitation existe encore. L'injection est portée à 7 milligrammes par jour.

La nuit a été meilleure. Le malade a été plus tran-

quille. L'injection de strychnine a été abaissée à 6 *milligrammes*.

Le 25 mars. — Injection de 6 *milligr.* de strychnine.

Le malade transpire énormément dans la journée. La pneumonie est en défervescence. Il est plus calme. On entend les râles sous-crépitaux de retour. Les urines sont très alcalines. La bouche est lavée à l'eau phéniquée faible.

Le 26 mars. — Deuxième injection de strychnine à la dose de 6 *milligr.*

Le 27 mars. — Injection de 3 *milligr.*

Le 28 mars. — Injection de 1 *milligr.* L'urine est toujours alcaline. Pas d'albumine. Gros râles sous-crépitaux de retour perçus à l'auscultation. Il entre en pleine convalescence.

Le malade a pris 26 injections de sulfate de strychnine ; 38 bains. La défervescence ne s'est faite qu'après le trente-sixième bain.

Il sort convalescent et part pour Vincennes le 30 avril 1895.

OBSERVATION VI

(Tirée de la thèse de Bauzan, 1895).

Pneumonie chez un alcoolique. — *Delirium tremens*.

Col... (Jules), 40 ans, déménageur, entre le 15 février 1895, salle Trousseau, n° 4; hôpital Cochin, service de M. Chauffard.

Rien à noter dans ses antécédents héréditaires. Il a toujours été bien portant. Pas de syphilis. Le malade

boit 3 litres de vin et 2 ou 3 petits verres par jour. Il les supporte bien. Pas de pituites. L'appétit est conservé ; il dort mal la nuit.

Debut. — Il y a quatre jours (avant son entrée à l'hôpital), à la suite d'un refroidissement le malade est pris d'un violent frisson et d'un point de côté à droite. Courbature, mal de tête, constipation.

Le malade ne travaille pas la journée ; il prend du vin chaud qu'il vomit. Il se purge. Il a de l'expectoration peuabondante ; tousse un peu et a de la fièvre.

Il entre le 15 février. C'est un homme très robuste, à la poitrine large. Il se plaint d'un point de côté droit, d'oppression, de sueurs abondantes. Il tousse, les crachats sont peu abondants, congestifs plutôt que franchement pneumoniques. La température est de 40°.

Poumon droit. — En arrière augmentation des vibrations thoraciques à la base droite. Légère submatité.

Auscultation. — On entend mal la respiration ; à peine quelques râles crépitants venant après la toux. Pas de souffle. En avant quelques râles sous-crépitan. Pas de souffle.

Poumon gauche. — Rien d'anormal.

Cœur. — Rien. Pouls régulier fréquent, 108.
Urines très troubles, pas d'albumine.

Système nerveux. — Le malade est calme répond bien aux questions posées. Pas de mal de tête. Il se plaint de ne pas pouvoir dormir depuis quelque temps à cause des cauchemars et des rêves. La langue et les doigts tremblent. La sensibilité est partout conservée. Il existe un peu d'hyperesthésie plantaire. Pas de crampes, ni de

douleur à la malaxion des masses musculaires. Le réflexe pharyngien est diminué. Les réflexes rotuliens paraissent normaux.

Température, 41° le soir.

Traitement. — Purgatifs. Régime lacté intégral. Suppression de l'alcool.

Le 16, 17 et 18 février. — L'état pulmonaire reste stationnaire. On discute sur l'existence d'un souffle dans l'aisselle droite. Le malade est calme et très fatigué la journée. La nuit il est agité et ne dort pas.

Le 19 février. — Le soir à 9 heures il est pris de délire professionnel. Il se lève de son lit, parle à haute voix, et malgré l'infirmière de veille, dérange les autres malades, va se coucher dans le lit de son voisin tout en racontant des histoires de son métier, qu'on a de la peine à saisir.

On l'attache dans son lit, mais malgré cela il se lève et passe la nuit dans la plus grande agitation. Température 38°,3 matin ; 38°,6 le soir.

Le 20 février. — Le matin pendant la visite il est en demi délire. Remue constamment ses jambes et ses bras. Il marmotte des mots de son métier. Température 37°,4 matin ; 39°,3 soir.

On lui fait une première injection de strychnine en deux fois : à 11 heures du matin *un milligramme*, à 7 heures du soir *un milligramme*.

Le 21 février. — La nuit a encore été agitée ; on a dû l'empêcher de se lever. La journée, le malade est très abattu. Les réponses sont encore très peu raisonnables, mais à la longue on parvient à comprendre qu'il scuffre de la tête. Deuxième injection de sulfate de strychnine : *six milligrammes* en deux fois ; à midi *trois milligrammes* ; à 7 heures du soir *trois milligrammes*. T. 37°₂ matin ; 37°₅ soir.

Le 22 février. — Le malade a dormi pour la première fois depuis quatre ou cinq jours pendant 7 à 8 heures avec une ou deux interruptions. La journée il se trouve bien, et répond assez correctement aux questions qu'on lui pose.

Troisième injection de sulfate de strychnine de *trois milligrammes* le soir. T. 37°6 matin, 37°4 soir.

Le 23 février. — Le malade a très bien dormi la nuit. Il dort encore le lendemain à la visite. T. 37°3 matin, 37°4 soir.

Quatrième injection de sulfate de strychnine de *trois milligrammes* le soir.

Le 24 février. — Sommeil sans agitation, ni cauchemars, ni rêves. Il se plaint de pesanteur à la tête. Il parle encore avec une certaine gêne ; comme si les mots ne lui venaient pas. Le doigt et la langue tremblent encore.

A l'auscultation on trouve encore quelques râles sans importance dans la poitrine.

Suppression des injections de sulfate de strychnine.

Le 25 février. — Nuit bonne, journée excellente.

Les jours suivants le malade va bien, on le tient encore quelque temps au lit. Il sort sur sa demande guéri le

1 11

OBSERVATION VII

Tirée de la thèse de Bauzan 1895

Pneumonie chez un alcoolique. — *Delirium tremens*.

F... Michel, 37 ans, porteur aux Halles, entre le 13 février 1895, salle Trousseau, lit n. 26, à l'hôpital Cochin dans le service de M. Chauffard.

Rien à signaler du côté de ces antécédents héréditaires. En 1883 et en 1889 il a eu une fluxion de poitrine. Dans son métier le malade boit beaucoup — 3 à 4 litres de vin et 4 petits verres par jour.

Depuis quelques années déjà il a perdu l'appétit et a des pituites le matin. Il dort mal. Il entre à l'hôpital pour de la fièvre et de la toux.

Pendant la nuit du 3 février il a pris froid. La journée du 4 il éprouve un grand frisson d'une heure de durée, suivi d'un point de côté droit et d'une toux quinteuse. Pas d'appétit. Il garde le lit. Le malade est soigné en ville jusqu'au onzième jour de sa maladie.

Le 13 février, le onzième jour du début, il entre à l'hôpital. C'est un homme de haute taille, maigre. Il se plaint d'une douleur vague à droite, de dyspnée, de toux. Sa figure est congestionnée; il tousse de temps en temps. Il crache assez abondamment; les crachats sont épais, un peu rosés.

Poumon droit. — En arrière augmentation des vibrations thoraciques au niveau des fosses sus et sous épineuses. Matité dans la même région, matité qui descend jusqu'à l'angle de l'omoplate. On entend un mélange de souffle tubaire, de râles crépitants fins et de râles sous crépitants dans la fosse sous-épineuse, tournant dans l'aisselle. Bronchophonie.

En avant sonorité et vibrations normales. Cependant en avant sous la clavicule on entend quelques râles fins du côté droit.

Poumon gauche. — De gros râles disséminés dans toute son étendue. Les bruits du cœur sont assez bien frappés. Le pouls est assez fort, 90 par minute. Les urines ne contiennent ni albumine ni sucre. Le foie ne dépasse pas les fausses côtes. La rate est normale.

Le malade est agité et très fatigué. Tremblement de la langue et des doigts assez intense. Le malade se plaint de douleur de tête, des crampes dans les mollets, des douleurs à la malaxation des masses musculaires.

Pas d'hyperesthésie plantaire. Réflexes rotuliens conservés. Le sommeil est très agité; le malade ne dort pas depuis onze jours qu'il est malade. Température : 38° le soir.

Traitement. — Régime lacté absolu. Suppression de l'alcool.

Le 14 février. — Le malade passe une mauvaise nuit. Il est pris d'un délire professionnel assez violent, se jette hors de son lit, parle à haute voix, fait des gestes. On est obligé de l'attacher à son lit. Pendant la visite, il est plus calme, très fatigué et ne se souvient pas de ce qui s'est passé la nuit. T. 38°,5 matin, 39° soir.

Première injection de sulfate de strychnine, *1 milligramme et un tiers*.

Même traitement, pas d'alcool.

Le 15 février. — La nuit a été plus calme, pas de délire. Il a dormi trois à quatre heures ce qui ne lui était pas arrivé depuis onze jours. Température 38°,3 matin, 37°,7 soir.

Même traitement et même dose de sulfate de strychnine.

Le 16 février. — Le malade dort, pas de cauchemars, ni de rêves. *1 milligramme et demi* de strychnine en injections.

Le 17, 18 et 19 février. — Injections de *2 milligrammes*.

Le 20, 21 et 22 février. — Injections de *1 milligramme*.

Le 23 février. — Suppression des injections.

Le 24 février. — Le malade va de mieux en mieux au point de vue du système nerveux, dort très bien, même

mieux qu'avant sa maladie. Pas de rêves, pas de cauchemars, pas d'agitation. Le tremblement des doigts et de la langue persiste.

La pneumonie suit son cours. Le 20 et le 24 les signes physiques sont très amendés. L'état général est bon, plus de température.

Il sort complètement guéri.

OBSERVATION VIII

(A. Luton. — *Etudes de thérapeutique*, 1882).

Fausse pneumonie alcoolique.

Nous avons vu encore un charbonnier adonné notoirement aux excès alcooliques, se présenter à notre observation avec une douleur pongitive du côté droit de la poitrine, avec toux sèche et dyspnée intense. L'auscultation ne nous a fait entendre que quelques craquements humides assez discrets analogues à ceux de l'œdème pulmonaire ; avec cela, fièvre, délire nocturne, anorexie, langue saburrale. Ces accidents qui figurent pour nous la *forme thoracique* de l'alcoolisme, ou la *fausse pneumonie* alcoolique avaient résisté à l'emploi du kermès et des purgatifs, ils cédèrent rapidement dès que nous eûmes administré la teinture de noix vomique, à la dose de 2 gr. par jour, dans une potion gommeuse.

OBSERVATION IX

(A. Luton, — *Etudes de thérapeutique* 1882).
Pneumonie alcoolique ; gangrène pulmonaire ; guérison.

Un cabaretier de 42 ans, notoirement buveur, fut atteint d'une pneumonie à la base, à droite, qui se compliqua bientôt d'une attaque violente de *delirium tremens*. Soigné d'abord chez lui, au moyen d'une potion contenant 1 gramme de teinture de noix vomique, nous n'observâmes en premier lieu aucun résultat, et le délire devint tel qu'il fallut transporter le malade à l'hôpital, et l'y isoler. C'est alors que sous l'influence d'une double injection quotidienne d'un *demi-centigramme* de sulfate de strychnine, l'ordre se rétablit, et que les accidents principaux disparurent en trois ou quatre jours.

Mais si quelque doute pouvait subsister sur la réalité et la gravité de la lésion pulmonaire, il suffirait de mentionner ce fait, que des signes positifs de gangrène ne tardèrent pas à se manifester : expectoration fétide, vomiques, existence constatée d'une vaste caverne vers la base du poumon droit. Sous l'influence de la teinture d'eucalyptus, la guérison s'ensuivit. Et de tout ce cortège d'accidents formidables conjurés par quelques injections de strychnine, et par un produit antiseptique spécial, il ne resta bientôt plus aucune trace.

Nous pourrions ajouter à ces observations celles des pneumonies alcooliques que nous avons pu suivre dans nos études, et qui n'ont pas été traitées par la strychnine.

Les limites de ce travail ne nous le permettent pas; d'ailleurs la plupart des malades que nous avons vus dans ce cas sont morts.

Ce qui différencie, en résumé, surtout les pneumonies alcooliques non traitées par la strychnine de celles où ce médicament a été donné c'est la persistance du délire, l'agitation, l'anxiété, enfin les phénomènes ataxo-adiynamiques graves, avec troubles cardiaques et faiblesse du pouls.

CONCLUSIONS

Cette étude nous conduit aux conclusions suivantes :

1° L'alcoolisme modifie l'évolution de la pneumonie d'une façon telle que l'on peut décrire comme une forme spéciale la pneumonie des alcooliques.

2° Les symptômes ataxo-adiynamiques sont la note dominante dans cette forme clinique avec le délire professionnel.

3° La pneumonie peut influencer l'alcoolisme et déterminer l'éclosion d'un accès de *délirium tremens*, manifestation aiguë de l'alcoolisme chronique.

4° Le pronostic de cette forme de pneumonie est beaucoup plus grave que celui de la maladie franche.

5° L'alcool et la strychnine doivent être la base du traitement. La strychnine est particulièrement indiquée ici comme antidote de l'alcool, comme simulant du système nerveux, comme excito-reflexe. Elle a, en outre, une action expectorante et diurétique qui est favorable.

Vu : le Président de la thèse.

STRAUS.

Vu : le Doyen,

BROUARDEL.

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris.

GRÉARD.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- GRISOLLE. — Traité de la pneumonie.
- LÉPINE. — Pneumonie, in *Nouv. Dict. de méd. et de chir. pratiques.*
- MAGNUS HUSS. — Chronische alkoholskrankheit. Stokholm, 1852.
- LASÈGUE. — Du délire alcoolique subaigu, in *Arch. de Méd.*, 1869.
- MAGNAN. — Des diverses formes de délire alcoolique (*Gaz. Hebd.*, 1874).
- BLACKE. — Practical essay on delirium tremens. London, 1830.
- A. FOURNIER. — Alcoolisme, in *Dict. de méd. et de chir. pratique*, 1864. T. V.
- LANCEREAUX. — Alcoolisme, in *Dict. Encyc. des sciences méd.*, 1865.
- JACCOUD. — Cliniques médicales.
- LASSAIGNE. — De l'alcoolisme dans ses relations avec la pneumonie, la variole et l'érysipèle. Thèse Paris, 1870.
- JÜRGENSEN. — Croupose pneumonie, in *Ziemssen's Handbuch*, 1877.

- H. C. MOREY. — In Pacific. M. et S. J. San-Fran., 1874-75.
XV, 450 et 452.
- GERY-STANISLAS. — De la pneumonie des alcooliques. Thèse
Paris, 1874.
- VULPIAN. — Leçons sur l'action physiologique des substances
toxiques et médicamenteuses, 1882.
- G. VINAY. — Strychnine, in Dict. de méd. et chir. pratiques.
- JAROSHEWSKY. — Meditzinskoe obozrenie, cité dans la Rev.
gén. de clin. et de therap., 1888, p. 232.
- BAUZAN. — Du traitement de l'alcoolisme et de la dipsomanie
par la Strychnine. Thèse de Paris, 1895.
- LUTON DE REIMS. — L'alcoolisme au point de vue de ses
formes larvées et de la médication strychnique. in
Bulletin gén. de Thérap., vol. 99, 1880.
- LECUYÉ. — Alcoolisme et strychnine Th. Paris, 1882.
- RENDU. — Cliniques.
- WARE. — Remarks on the history and treatment of Del.
Trem. Boston, 1831.
- A. LUTON. — Etudes de thérapeutique.

